

Omhändertagande av patienter med arbetsrelaterad psykisk ohälsa

Anne Marie Olsen, Åmålshälsan AB, Hjeltegatan 18, Box 18, 662 24 Åmål, 0532-12345

anne-marie.olsen@amalshalsan.se

Handledare: Linda Nordling Nilson

Projektarbete vid företagsläkarkursen, Sahlgrenska akademin vid Göteborgs Universitet
2003/2004

Innehållsförteckning

| | |
|---------------------------|-------|
| Sammanfattning..... | 3 |
| Inledning..... | 4 |
| Undersökt grupp..... | 5 |
| Metod..... | 5-6 |
| Resultat..... | 6-9 |
| Diskussion..... | 10-11 |
| Bilaga..... | 12 |
| Litteraturreferenser..... | 13 |

Omhändertagande av patienter med arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Anne Marie Olsen, Åmålshälsan AB, Hjeltegatan 18, Box 18, 662 24 Åmål
anne-marie.olsen@ amalshalsan.se

Sedan slutet av 1990-talet har antalet långtidssjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa ökat kraftigt, och ökningen antas i hög grad bero på arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Huvudsyftet med undersökningen är att utveckla omhändertagandet inom företagshälsovården. Följande frågor belyses: Hur ser patientgruppen ut? Hur har dessa patienter hittills hanterats? Hur kan omhändertagandet utvecklas?

Undersökningsgruppen omfattar alla patienter (32 individer) som sökte för psykisk ohälsa kopplad till arbetsrelaterad stress hos författaren under 1 år. Genom retrospektiv genomgång av journalanteckningar har undersökningsgruppen beskrivits med avseende på sociodemografiska data, riskfaktorer i arbetsmiljön för utveckling av psykisk ohälsa, förekomst av livshändelser och tidigare psykisk hälsa. Vidare beskrivs symtombilden och diagnossättningen samt hur kontakten med företagshälsovården etablerades. En undergrupp om 12 individer hade kontakt i minst 6 månader med författaren och denna grupp beskrivs även med avseende på behandling, vårdkonsumtion och sjukskrivning. Intervjutekniken vid konsultationerna baserades på metodik förvärvat vid kurser i konsultationsteknik.

Merparten av patienterna, 81 %, var kvinnor och 63 % var offentligt anställda kvinnor inom vård, skola och omsorg. En stor andel hade varit anställda i många år, 69 % hade anställningstider mellan 11 och 30 år. Symtombilden dominerades av sömnproblem, trötthet och kognitiva besvär och sömnstörningen hade ofta pågått i mer än 6 månader. 66 % rapporterade tidigare god psykisk hälsa. 88 % rapporterade 2-5 riskfaktorer i arbetsmiljön för utveckling av psykisk ohälsa. Livshändelser förekom i relativt liten omfattning hos 41 % av patienterna. 63 % av patienterna fick diagnosen Stressreaktion F 43.9 enligt ICD-10. 81 % hade själv tagit initiativ till att etablera kontakt med företagshälsovården.

Den mindre gruppen om 12 individer behövde ett omfattande stöd i form av tät kontakt med läkare och/eller beteendevetare. För flertalet av dessa patienter genomfördes rehabmöten med arbetsgivare och försäkringskassan. Denna grupp var redan sjukskrivna i hög omfattning när kontakten etablerades med företagshälsovården, efter första läkarbesöket var alla helt sjukskrivna. Vid undersökningsperiodens slut var merparten fortfarande helt sjukskrivna.

Undersökningsgruppen domineras av offentligt anställda kvinnor inom den kommunala sektorn och bekräftar tidigare undersökningar som visat samma resultat. Den höga förekomsten av långa anställningstider är anmärkningsvärd men frågor om möjliga orsaker till detta kan inte besvaras genom denna undersökning. Symtombilden domineras, som i andra undersökningar, av trötthet, långvariga sömnproblem och kognitiva besvär. Sömnstörningen är särskilt intressant, då störd sömn anses vara en nyckelfaktor för utveckling av stressrelaterad utmattning. En enhetlig diagnossättning är ytterst viktig för att kunna jämföra olika patientgrupper och utfallet av behandling på till exempel sjukskrivning. Detta område bör utvecklas genom användning av intervjumanualer och egenbedömningsinstrument.

Behandlingen i den mindre gruppen krävde mycket resurser i form av ett stort antal besök. Behandling med läkemedel erbjöds vid behov. Bra sömn, mycket stöd och återskapande av resurser var grundläggande principer, liksom rehabmöten i den senare fasen av rehabiliteringen. Undersökningsperioden är för kort för att någon närmare bedömning skall kunna göras av behandlingens effekt och sjukskrivningslängden.

Fysisk träning, avslappningsträning och träning i ökad kroppskänedom kommer sannolikt att få stor vikt i behandlingen av stressjukdomar liksom gruppterapi. Vi har på Åmålshälsan i maj 2004 startat gruppbehandling för stresspatienter, där ovanstående är ett viktigt inslag. Att upptäcka människor i riskzonen för att utveckla stressjukdomar och utveckla omhändertagandet av denna grupp är ett viktigt område som måste utvecklas de närmaste åren.

Inledning

Sedan slutet av 1990-talet har antalet långtidssjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa ökat kraftigt, och ökningen utgörs i hög utsträckning av arbetsrelaterad psykisk ohälsa [1]. Den arbetsrelaterade psykiska ohälsan är resultatet av ett oftast flera år långt förlopp med tilltagande psykiska och fysiska besvär samt utmattning, innan den sjuke ”går in i väggen” [1]. Tillgängliga data tyder på, att störd sömn är en nyckelfaktor för utveckling av stressrelaterat utmattningssyndrom. Psykosocial belastning anses inte vara tillräcklig i sig, utan störd återhämtning behövs för att framkalla ohälsa [1- 5].

Åmålshälsan AB är en ISO-certifierad företagshälsovårdscentral, vars kundunderlag utgörs av ett relativt stort antal små och medelstora företag samt flera mindre kommuner. Här har också verksamheten på senare år präglats av, att ett stort antal individer söker för arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Efterfrågan på vård och rehabilitering för arbetsrelaterad psykisk ohälsa, men också på utbildningsinsatser i förebyggande syfte, har ökat markant. Det finns ett stort utbud av behandlingsinsatser, ofta i internatform, samt utbildningspaket som påstås kunna motverka arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Det saknas dock i stort sett vetenskaplig evidens om effekten av olika behandlings- och utbildningsinsatser [1].

Ett antal forskningsprojekt med målsättning att förbättra vård och rehabilitering pågår för närvarande. Rehabilitering via erkända institutioner som Stressmottagningen, vars verksamhet är en del av behandlingsforskningen, som bedrivs vid Institutet för Psykosocial Medicin och Avdelningen för Stressforskning vid Karolinska Institutet [6], liksom verksamheten vid Institutet för Psykosomatisk Medicin i Hultafors [7], är endast tillgängliga för ett fåtal stressjuka patienter, men av yttersta vikt för att kunna utveckla behandlingsmetoder, som kan utvärderas vetenskapligt. Andra pågående projekt bygger på befintliga resurser i primärvård eller företagshälsovård i samverkan med stressforskare. Bland dessa finns ett projekt grundat på erfarenheter från Institutet för Personskadeprevention vid Karolinska Institutet. Man har utvecklat en kognitivt inriktad gruppmodell, och i det så kallade Norbottenprojektet utbildas medarbetare i primärvården för att kunna leda gruppssessioner i kognitiv psykoterapi för patienter med stressrelaterat utmattningssyndrom [8, 9]. Vid Stressforum i Örebro pågår ett projekt kallat Vägledningsmodellen, där distriktsläkare och företagsläkare utbildas i behandling av stressrelaterat utmattningssyndrom enligt riktlinjer, som gett goda resultat i Holland, och som kan appliceras även på svenska förhållanden [10].

Huvudsyftet med denna undersökning är att utveckla omhändertagandet inom företagshälsovården av patienter med arbetsrelaterad psykisk ohälsa, då vård och rehabilitering troligen inte är optimal i nuläget. Avsikten är att genom en retrospektiv genomgång av journalhandlingar belysa följande tre frågor: Hur ser patientgruppen ut? Hur har dessa patienter hittills hanterats? Hur kan vi utveckla omhändertagandet inom företagshälsovården med utgångspunkt i erfarenheter från publicerade modeller samt de data som samlats in om patientgruppen?

Undersökt grupp

Totalt 56 patienter sökte hos författaren för psykisk ohälsa under 1 år 1/10-02 t o m 30/9-03, då författaren var deltidsanställd 40 % som företagsläkare på Åmålshälsan AB. Av dessa identifierades 32 individer, som sökte för psykisk ohälsa kopplat till arbetsrelaterad stress och dessa utgör den undersökta gruppen.

Tolv patienter, 10 kvinnor och 2 män, hade kontakt med företagshälsovården i minst 6 och upp till 11½ månader. Denna grupp har studerats närmare med avseende på sjukskrivning och behandlingsinsatser.

Ingen av de undersökta hade tidigare haft kontakt med företagshälsovården på grund av stressproblematik.

Metod

Vid genomgång av befintliga journalanteckningar har hela undersökningsgruppen beskrivits med avseende på följande fakta:

- Kön
- Ålder
- Yrke
- Offentligt/privat anställd
- Antal år i yrket
- Civilstånd: Gift/sambo/ensamstående
- Arbetsmiljö: Förekomst i arbetsmiljön av riskfaktorer för utveckling av psykisk ohälsa [1,2,11]:
 1. För stor arbetsbelastning
 2. Bristande kontroll över det egna arbetet
 3. Brist på erkänsla
 4. Bristande arbetsgemenskap
 5. Värderingskonflikter
 6. Orättvisor

Förekomst av psykisk belastning i privatlivet, så kallade livshändelser: Svår sjukdom eller dödsfall hos nära anhörig (make/maka, barn, föräldrar), skilsmässa, relationsproblem, ekonomiska problem

- Tidigare psykisk hälsa
- Vårdkonsumtion innan kontakten med företagshälsovården etablerades
- Den aktuella symtombilden: Förekomst av trötthet, sömnbesvär, kognitiva besvär, nedstämdhet, ångest, vegetativa besvär och värk.
- Duration av sömnbesvär.
- Diagnossättning enligt ICD-10, primärvårdsversionen
- Diagnossättning enligt förslag till diagnoskriterier i "Utmattningssymtom" [1], v g se bilaga.
- Hur kontakten med företagshälsovården etablerades: Eget initiativ, chefens initiativ, remiss från primärvård eller länssjukvård.

Gruppen om 12 personer som haft kontakt minst 6 månader och upp till 11½ månad beskrevs närmare med avseende på:

- Sjukskrivningsbilden vid första kontakten
- Sjukskrivningsbilden sedan
- Läkemedelsförskrivningen
- Antal läkarebesök

- Antal besök hos beteendevetare
- Antal besök hos andra team-medlemmar(ergonom, företagssköterska)
- Avstämningsmöten med arbetsgivare och försäkringskassa
- Arbetsinriktad rehabilitering via försäkringskassan i form av yrkesvägledning eller vård på institution.

Intervjutekniken vid konsultationerna baserades på metodik förvärvat vid kurser i konsultationsteknik. Intervjun inleddes konsekvent med öppna frågor om anledningen till konsultationen, kompletterat med fördjupande frågor om de faktorer patienten tog upp. Direkta frågor på undersökarens initiativ, om symtom som hade betydelse för att stämma av med de diagnostiska kriterierna för depression och ångeststörningar ställdes om detta inte hade kommit fram tidigare under samtalet.

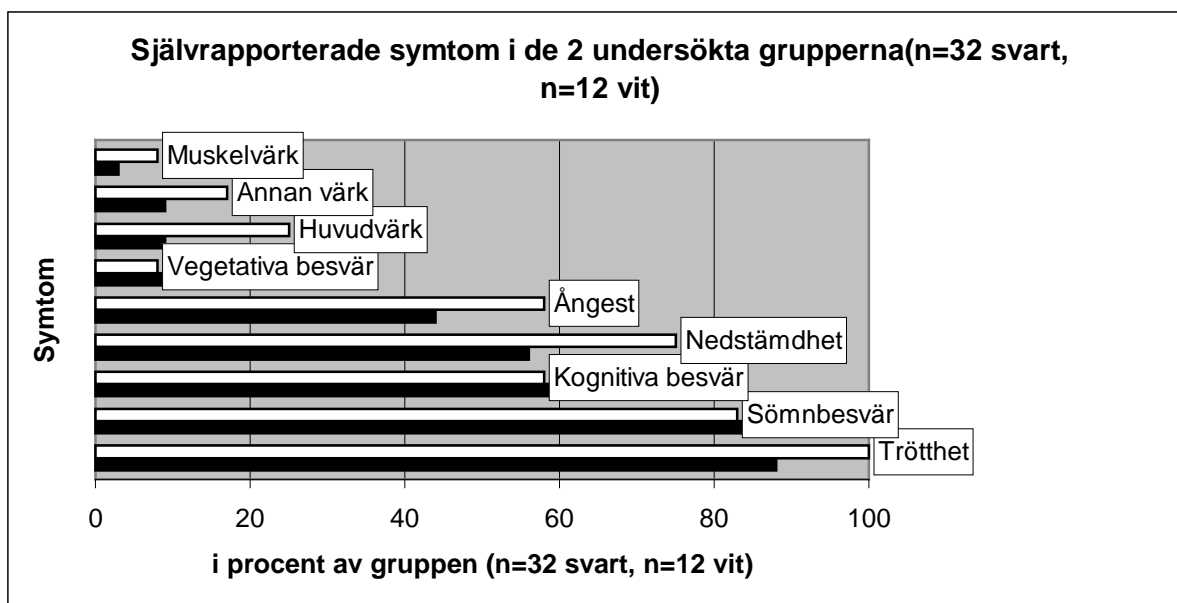
Efter genomgång och klassificering enligt ovan har sjukdomsbild, diagnoser och sjukdomsbild jämförts, dels med de kriterier som föreslagits av Socialstyrelsens expertgrupp, se bilaga, och dels med några av de publicerade modellerna för omhändertagande/rehabilitering av liknande patientgrupper [1, 12-15]. Slutligen kommer ett förslag till framtida omhändertagande att presenteras.

Resultat

Sociodemografiska data. I undersökningsgruppen om 32 patienter var merparten kvinnor (26 individer 81 %) och 20 individer (63 %) var offentligt anställda kvinnor inom vård, skola och omsorg. Av de 26 kvinnorna var 19 tjänstemän i offentlig och privat sektor och 7 var arbetare. Männen utgjorde en liten grupp på 6 individer, där flertalet, 4 individer, var tjänstemän i privata sektorn. Medelåldern i undersökningsgruppen var 46 år (25-60 år). Större delen var gifta eller sammanboende (77 % av kvinnorna och 83 % av männen). En stor del av de undersökte hade varit anställda i många år, i gruppen om 32 patienter hade 22 individer (69 %) varit anställda från 11 till 30 år, och i gruppen om 12 patienter hade 9 individer (75 %) varit anställda lika länge (tabell I). Män och kvinnor skiljer sig inte åt i detta avseende.

| Tabell I. Anställningstid i år för n=32 och | | n=12 |
|--|------------------------|------------------------|
| År | Antal (procent) | Antal (procent) |
| 1-5 | 8 (25) | 2 (17) |
| 6-10 | 2 (6) | 1 (8) |
| 11-20 | 9 (28) | 4 (33) |
| 21-30 | 13(41) | 5 (42) |

Symtom. Figur 1 och tabell II: En hög andel av patienterna i gruppen om 32 patienter, 28 individer (88 %), rapporterade sömnproblem och trötthet. Sömnstörningen hade ofta förekommit under lång tid, hos 14 av patienterna (44 %) 6 månader eller längre, och hos en mindre grupp på 6 individer mer än 12 månader. Gruppen rapporterade också en hög frekvens av kognitiva besvär, såsom koncentrationsproblem, dåligt minne, nedsatt simultanförmåga (19 patienter, 59 %), nedstämdhet (18 patienter, 56 %) och ångest (14 patienter, 44 %). En något lägre frekvens rapporterades av vegetativa besvär och värk av olika slag. Elva personer (34 %) rapporterade tidigare psykisk ohälsa, 21 personer (66 %) tidigare god psykisk hälsa. I den mindre gruppen om 12 patienter frambjöd majoriteten initialt en svår sjukdomsbild präglad av utmattning och långvarig sömnstörning, och 3 av dem var samtidigt deprimerade. De rapporterade i något högre utsträckning trötthet, nedstämdhet, ångest och huvudvärk, liksom en något högre förekomst av sömnbesvär i 6 månader eller längre. God psykisk hälsa sedan tidigare rapporterades av 8 individer (66 %)

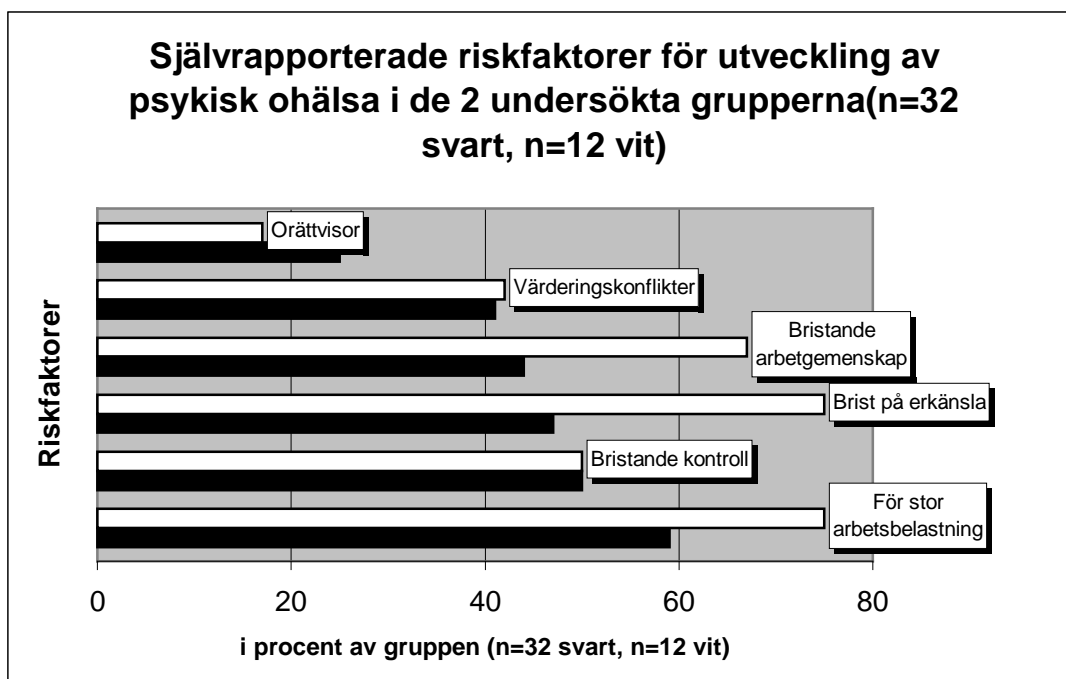


Figur 1

| Tabell II. Patienter med sömnbesvär n=32 och | | n=12 |
|---|------------------------|-----------------------|
| Symtomduration i månader | Antal (procent) | Antal(procent) |
| Inga besvär | 4(13) | 1 (8) |
| < 1 | 2 (6) | 0 |
| 1-5 | 12 (38) | 4 (33) |
| 6-12 | 8 (25) | 4 (33) |
| >12 | 6 (19) | 3 (25) |

Arbetsmiljö och livshändelser. Båda grupperna rapporterade en hög förekomst av riskfaktorer i arbetsmiljön för utveckling av psykisk ohälsa, figur 2. I den mindre gruppen om 12 patienter rapporterades en något högre förekomst av för stor arbetsbelastning, brist på erkänsla och bristande arbetsgemenskap. I tabell III redovisas antalet självrapporterade riskfaktorer per patient. Förekomst av 2-5 riskfaktorer rapporterades av 28 patienter (88 %) i gruppen om 32 patienter, i den mindre gruppen om 12 patienter rapporterades 2-5 riskfaktorer av samtliga.

Större delen av gruppen om 32 patienter, 19 individer (59 %), hade ingen förekomst av betydande händelser. Den vanligaste livshändelse som rapporterades av 10 individer var svår sjukdom hos nära anhörig. Några rapporterade även relationsproblem. 12 av de 13 individer som rapporterade förekomst av livshändelse rapporterade 1 sådan. I den mindre gruppen om 12 patienter hade hälften ingen förekomst av livshändelse, 5 rapporterade 1 händelse och 1 patient rapporterade 2 händelser.



Figur 2

Tabell III. Arbetsmiljö. Antal självrapporterade riskfaktorer n=32 n=12

| Antal riskfaktorer | Antal (procent) | Antal (procent) |
|--------------------|-----------------|-----------------|
| 0 | 1 (3) | 0 |
| 1 | 3 (9) | 0 |
| 2 | 14 (44) | 3 (25) |
| 3 | 6 (19) | 4 (33) |
| 4 | 6 (19) | 4 (33) |
| 5 | 2 (6) | 1 (8) |
| 6 | 0 | 0 |

Diagnoser. I tabell IV redovisas diagnoser enligt ICD-10, primärvårdsversionen. Merparten, 20 individer (63 %), fick diagnosen stressreaktion. Endast ett fåtal, 5 individer (16 %), fick diagnosen egentlig depression. I gruppen om 32 individer uppfyller 19 patienter (59 %) de diagnostiska kriterier enligt DSM-IV, som föreslås i rapport från Socialstyrelsens expertgrupp [1]. I gruppen om 12 patienter uppfyller 9 individer (75 %) kriterierna. Kriterierna framgår av bilaga. Hur många individer inom de olika ICD-10 kategorier som även uppfyller kriterierna enligt DSM-IV förslaget redovisas i tabell V.

Tabell IV. Diagnoser (n=32) och n=12

| ICD-10 primärvårdsversion | Antal (procent) | Antal procent |
|---|-----------------|---------------|
| Stressreaktion F 43.9 | 20 (63) | 7 (58) |
| Problem i samband med anställning och arbetslöshet Z 56 | 4 (13) | 0 |
| Posttraumatisk stressyndrom F 43.1 | 1 (3) | 1 (8) |
| Egentlig depression F 32 | 5 (16) | 3 (25) |
| Generaliserat ångestsyndrom F 41.1 | 2 (6) | 1 (8) |

Tabell V. Överensstämmelse mellan ICD-10 diagnosen och DSM-IV förslaget

| | |
|------------------------------------|-------|
| Stressreaktion F 43.9 | 70 % |
| Problem i samband med an- | |
| Ställning och arbetslöshet Z 56 | 0 |
| Posttraumatisk stressyndrom F 43.1 | 0 |
| Egentlig depression F 32 | 60 % |
| Generaliserat ångestsyndrom F 41.1 | 100 % |

Etablering av vårdkontakt. Tio av patienterna (32 %) hade sökt primärvården, innan de fick kontakt med företagshälsovården. Tjugosex av patienterna (81 %) hade själva tagit initiativ till att etablera kontakt med företagshälsovården, medan endast en mindre andel (9 %) hade sökt på chefens initiativ eller kom på remiss från distriktsläkare (9 %).

Behandling. Behandlingen inriktades i första hand på ett gott omhändertagande med etablering av trygga relationer till behandlare samt mycket (och upprepad) information. Beteendevetaren använde sig av ett stödjande, kognitivt förhållningssätt. De patienter som bedömdes som deprimerade behandlades med antidepressiva läkemedel. De patienter vars sömnstörning inte gick i regress, spontant eller efter en kort behandlingstid med insomningstabletter vid behov, erbjöds amitriptylin i låg dos. Stor vikt las på att övertyga patienterna om, att samstämmighet mellan läkare och patient gällande sjukskrivningen var viktig. Samstämmighet mellan beteendevetare och läkare gällande behandling och information var också en mycket viktig del av omhändertagandet.

För de 12 patienter, 10 kvinnor och 2 män, som hade kontakt i minst 6 månader, gjordes en genomgång av behandling och sjukskrivningsmönster. De behövde ett omfattande stöd i form av täta läkarbesök och 9 av dem hade även täta besök hos beteendevetare för individuell samtalskontakt. Sammanlagt gjorde gruppen 69 läkarbesök och 49 besök hos beteendevetare under ett år. Gruppen hade endast kontakt i liten omfattning med företagssköterska/ergonom, totalt 8 besök. För 10 av patienterna genomfördes ett eller flera rehabmöten med arbetsgivare, handläggare på Försäkringskassan och facklig representant. 4 av patienterna fick arbetslivsinriktat rehabilitering via Försäkringskassan i form av yrkesvägledning eller vård på rehabiliteringsinstitution.

Sjukskrivning. Före första besöket var 7 patienter av 12 helt eller delvis sjukskrivna, efter första besöket var alla helt sjukskrivna. Vid undersökningsperiodens slut var 7 personer helt sjukskrivna, 1 person 75 % sjukskriven, 3 personer 50 % sjukskrivna och 1 person friskskriven. De 4 patienter som var deltidssjukskrivna och den patient som var friskskriven hade varit heltidssjukskrivna mellan 3 och 13 månader. De patienter som var helt sjukskrivna vid undersökningsperiodens slut hade då varit sjukskrivna i mellan 7 och 11½ månader.

Diskussion

Den kraftiga ökningen av antalet långtidssjukskrivna i Sverige antas i huvudsak bero på ökad psykisk ohälsa och har drabbat kvinnorna hårdast [1,11]. En minskning av arbetstagarnas möjlighet att själva påverka sin arbetssituation har skett inom alla sektorer sedan slutet på 1990-talet och kan kopplas till ökande ohälsa [11]. Minskningen har varit mest påtaglig på typiskt kvinnliga arbetsplatser inom den kommunala sektorn. Detta speglas också i undersökningsgruppen där två tredjedelar av individerna var offentligt anställda kvinnor inom vård, skola och omsorg. Den höga förekomsten i undersökningsgruppen av långa anställningstider på mellan 11 och 30 år är anmärkningsvärd. Man väljer tydligen att stanna kvar hos samma arbetsgivare, trots att man upplevt mycket problem i arbetsmiljön på senare år och också själv kopplar sin försämrade psykiska hälsa till försämring av den psykosociala arbetsmiljön. Frågor om möjliga orsaker till detta kan inte besvaras genom denna undersökning.

Sjukdomsbild. De tre vanligaste symtomen var i hela gruppen trötthet, sömnbesvär och kognitiva besvär, i den mindre gruppen om 12 personer som haft en längre kontakt (minst 6 månader med FHV) var trötthet, sömnbesvär och nedstämdhet vanligast, men många rapporterade också kognitiva besvär. Sömnbesvär angavs om patienten upplevd dålig sömn minst 2 nätter/vecka och kan innebära olika typer av sömnstörning som insomningsproblem och/eller täta uppvaknanden under natten eller kraftigt ökat sömnbehov. Det var också vanligt att sömnstörningen förekommit under lång tid innan patienten sökt läkare första gången, nästan hälften av patienterna hade haft störd sömn i 6 månader eller längre. I Perskis och Grossis patientgrupp om 80 patienter, som varit sjukskrivna mera än 90 dagar med stressdiagnoser, var också trötthet, sömnbesvär och kognitiva besvär vanligast [12]. Det anges inte hur långvariga sömnbesvären varit. Störd sömn anses vara en nyckelfaktor för utveckling av utmattningssyndrom [1, 3-5, 16].

En enhetlig diagnossättning är av yttersta vikt för att kunna jämföra olika patientgrupper och den behandling de fått. Inom företagshälsovård används i stor utsträckning ICD-10 s primärvårdsversion, DSM-IV systemet används inte. Stressrelaterade sjukdomar är i ICD-10 en ganska otydlig och diffus sjukdomsgrupp (undantaget Posttraumatisk stressyndrom). I undersökningsgruppen gjordes ett försök till diagnossättning enligt DSM-IV-förslaget för utmattningssyndrom [1]. Det utföll så att 19 av patienterna (59 %) uppfyllde kriterierna för utmattningssyndrom eller för depression/ångestsyndrom med utmattningssyndrom. I Perskis och Grossis patientgrupp om 80 patienter som varit sjukskrivna mera än 90 dagar med stressdiagnoser är diagnossättningen gjord enligt nuvarande DSM-IV och det anges att symtomen stämmer väl överens med de föreslagna kriterierna för utmattningssyndrom, men det anges inte hur många patienter som uppfyllde kriterierna [12].

Patienterna inkluderades på grundval av att de själva ansåg att den psykiska ohälsa de sökte för var arbetsrelaterad. De rapporterade, föga förvånande, en hög förekomst av riskfaktorer i arbetsmiljön för utveckling av psykisk ohälsa. Andra stressorer i form av betydande livshändelser förekom, men hos en majoritet av gruppen rapporterades ingen förekomst av livshändelser. Patienternas psykiska ohälsa kan i en stor del av undersökningsgruppen sannolikt kopplas till deras egen upplevelse av en problemfylld arbetsmiljö. Sambandet mellan arbetsrelaterad stress och psykisk ohälsa är vetenskapligt styrkt [1, 2].

Undersökningsgruppen är liten och de slutsatser som kan dras därför begränsade, men resultatet tyder på att en hög andel av de patienter som sökt på Åmålshälsan för arbetsrelaterad psykisk ohälsa har stressrelaterade sjukdomar, och att en hög andel av dessa uppfyller kriterierna för utmattningssyndrom som föreslagits av Socialstyrelsens expertgrupp. Systematisk användning av intervjumanualer och egenbedömningsinstrument, som idag

används i stor utsträckning inom psykiatrin, torde kunna medföra en större stringens i diagnostiken och därmed också ge underlag för en mera vetenskapligt inriktad kartläggning av diagnoser och jämförelse med andra liknande patientgrupper.

Behandling och omhändertagande. Behandlingen i den mindre gruppen om 12 personer bestod av individuella insatser hos läkare och beteendevetare, vilket krävde mycket resurser i form av ett stort antal besök, och många av patienterna hade kontakt med båda behandlare. Riktlinjerna för behandling och rehabilitering i "Utmattningssyndrom" baserar sig på klinisk erfarenhet och de viktigaste principerna är att identifiera utlösande stressorer, rådgivning om betydelsen av fysisk aktivitet och regelbundna mat- och sömnvanor, fokuserad psykoterapi, behandling av depression, avspänningsträning samt arbetslivsinriktad rehabilitering när patienten kommit ur den mest akuta fasen [1]. I sin artikel om rehabiliteringens tre olika faser vid stressjukdomar [13] påpekar även Perski att det grundläggande i första fasen är bra sömn och mycket stöd. Detta var också principerna för vår behandling på detta stadium. Under rehabiliteringens andra fas börjar enligt Perski arbetet med att återskapa resurser och hjälpa patienten att återfå en kropp och själ i balans. Vi pratade mycket med patienterna om vikten av att ha bra balans mellan arbete och privatliv och att använda den kraft och kreativitet som så småningom återkom på att tänka igenom, hur de ville ha sitt arbets- och privatliv i fortsättningen. Vi rekommenderade inte systematisk fysisk träning eller avslappning. Några av patienterna visade sig vara i behov av ytterligare psykoterapi som låg utan för våra ramar, och de klarade själva av att etablera denna kontakt med till exempel terapeuter på St. Lukasstiftelsen.

För de flesta av patienterna genomfördes ett eller flera rehabmöten med arbetsgivare och försäkringskassa. Det var i hög utsträckning läkare eller beteendevetare som i samråd med patienterna kallade till rehabmöte och ofta deltog såväl läkare som beteendevetare. Vi la stor vikt på att kalla till dessa möten i rätt fas av rehabiliteringen (enligt Perski under tredje fasen), det vill säga först när patienterna hade börjat återfå sin energi och kreativitet. Det var i många fall svårt att få arbetsgivaren att engagera sig i rehabiliteringen medan samarbetet med försäkringskassan upplevdes som mera positivt av såväl patienter som behandlare. Undersökningsperioden var för kort för att någon närmare bedömning skall kunna göras av behandlingens effekt och sjukskrivningslängden. När undersökningsperioden avslutades pågick fortfarande insatser för 11 av de 12 patienter, för vilka behandling och sjukskrivning har redovisats, endast en patient var avslutad och hade börjat arbeta heltid hos en annan arbetsgivare.

Förslag till framtida omhändertagande. Behandling och rehabilitering av patienter med stressrelaterade sjukdomar är ett område, där kunskaperna växer snabbt, men det behövs fortfarande mycket forskning och utveckling av behandlingsmetoder. Fysisk träning, avslappningsträning och träning i ökad kroppskännedom kommer sannolikt att få stor vikt i behandlingen [12-15] liksom gruppterapi [8, 9, 12, 13]. På Åmålshälsan har vi i maj 2004 startat stressbearbetningsgrupper med beteendevetare som gruppledare. Vi kommer i gruppen att utnyttja ergonomernas kunskaper betydligt mera än vad som tidigare varit fallet, och rekommendationer om fysisk träning och avslappning är viktiga inslag i behandlingen. Detta skulle kunna utvecklas ytterligare genom att varje patient får ett individuellt program ganska tidigt i behandlingen. I de hälsokontroller som genomförs av företagssköterska finns även frågor om hur man upplever sin arbetsmiljö och hur man sover, men endast de individer som har uppenbara symtom på psykisk sjukdom föreslås ett läkarbesök. Att upptäcka människor i riskzonen för att utveckla stressjukdomar skulle kunna få stor betydelse och är ett område som bör utvecklas liksom arbetet med att förebygga stressrelaterad ohälsa. Företagshälsovården måste kunna erbjuda sina kundföretag hjälp med insatser, som är vetenskapligt utvärderade.

Bilaga

Förslag till diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom enligt DSM-systemet enligt Socialstyrelsens expertgrupp [1]. Samtliga kriterier som betecknats med stor bokstav måste vara uppfyllda.

- A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst 2 veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst 6 månader.
- B. Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.
- C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:
 - 1) Koncentrationsproblem eller minnesstörning
 - 2) Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller göra saker under tidspress
 - 3) Känsломässig labilitet eller irritabilitet
 - 4) Sömnstörning
 - 5) Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet
 - 6) Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärklappning, mag-tarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet
- D. Symtomen orsakar klinisk signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- E. Beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (missbruk, medicinering) eller på någon somatisk sjukdom/skada
- F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen

Referenser

1. Utmattningsyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa. Underlag från experter. Socialstyrelsen 2003
2. Theorell T. Psykosociala mekanismer i relation till hälsa och sjukdom. I: Edling C, Nordberg G, Nordberg M, red. Arbets- och miljömedicin, 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2003. p 129-50
3. Rööst M, Nilsson P. Sömnbesvär-ett folkhälsoproblem. Potentiell riskfaktor för typ 2-diabetes, insulinresistens, hypertoni, dyslipidemi och för tidigt åldrande. Läkartidningen 2002;99:154-7
4. Åkerstedt T. Vi behöver sova! Läkartidningen 2002;99:150-2
5. Åkerstedt T, Perski A, Ekstedt M, Söderström M. Preliminär rapport från studien: Utbrändhet, stress och sömn. Institutet för psykosocial medicin och Stiftelsen Stressmottagningen. www.stressmottagningen.org 2003
6. Arbetstlivsinriktad rehabilitering, 3 rehabiliteringsprogram. Stiftelsen Stressmottagningen. www.stressmottagningen.org 2004
7. Psykosomatisk rehabilitering med arbetstlivsinriktning. Institutet för psykosomatisk medicin, Hultafors. www.hultafors.com 2004
8. Mårtensson F. Gruppterapi vid utmattningsyndrom-nytt projekt på vårdcentraler i Norrbotten. Läkartidningen 2003;100:3946-7
9. Mårtensson F. Hemläxor till patienterna mellan sessionerna. Läkartidningen 2003;100:3947-8
10. Lindblom K. Vägledning för utredning och behandling av patienter med stressrelaterad ohälsa. Pågående forskningsprojekt. Stressforum Örebro. www.orebroll.se/stressforum 2004
11. Wikman A, Marklund S. Tolkningar av arbetssjuklighetens utveckling i Sverige. I: Otter C von, red. Ute och inne i svenskt arbetsliv. Arbetsliv i omvandling. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2003:8. p 19-56
12. Perski A, Grossi G. Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser. Resultat från en interventionsstudie. Läkartidningen 2004;101:1295-98
13. Perski A. Rehabilitering av stressjukdomar sker i olika faser och blir ofta lång. Läkartidningen 2004;101:1292-1294
14. Börjesson M, Jonsdottir I H. Fysisk aktivitet som profylax och terapi vid stressrelaterade tillstånd. Läkartidningen 2004;101:1394-1397
15. Blomberg M. Träning i ökad kroppskänedom och avspänning hjälp för att hantera stress. Läkartidningen 2004;101:1398-1400
16. Åkerstedt T. Sömn som återhämtning efter stress. Läkartidningen 2004;101:1501-05